

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 167

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
**FRACTURES DES SESAMOÏDES
DU GROS ORTEIL**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 juillet 1933

PAR

Georges-Émile-Victor LADOUCH

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à ASTAFFORT (Lot-et-Garonne), le 9 mai 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur	Président.
		GUYOT, professeur,	{ Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0030

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 167

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FRACTURES DES SESAMOÏDES DU GROS ORTEIL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 juillet 1933

PAR

Georges-Émile-Victor LADOUCH

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à ASTAFFORT (Lot-et-Garonne), le 9 mai 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur,	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	GHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière-médicale.....	BEILLÉ.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma tendresse
filiale.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

EXTERNAT

1927 : MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ.

1928 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN.

1929 : MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER.

1930 : MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET.

1934 : MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACHAPELE

En reconnaissance de l'accueil qu'il
nous a réservé dans son service et de
ses conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUICHARD

Qui a inspiré ce sujet et qui nous a
prodigué enseignements et conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU

*Professeur d'électroradiologie et de clinique d'électricité médicale,
Directeur du Centre régional de lutte contre le cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse et qui, en toutes circonstances, nous a montré une bienveillance dont nous lui sommes reconnaissant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FRACTURES DES SÉSAMOÏDES
DU GROS ORTEIL

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

Peu d'auteurs se sont occupés de la question des fractures des sésamoïdes du gros orteil.

Le petit nombre de cas publiés peut faire penser que ces fractures sont très rares. En réalité, elles sont assez fréquentes, et on doit y penser et les rechercher dans le traumatisme du pied. Le plus souvent, la radiologie seule permet leur diagnostic; c'est leur recherche systématique qui a permis à Lachapèle et Guichard de publier cinq cas en six mois.

Les diagnostics portés en présence des fractures du sésamoïde sont tout à fait variables. Toutefois, s'il est fréquent de méconnaître une fracture du sésamoïde du gros orteil, il est possible que l'on porte ce diagnostic alors que l'on n'est en présence que d'un sésamoïde bipartitum ou tripartitum. Cette notion est particulièrement importante dans les évaluations d'incapacité consécutives à des accidents de travail.

Ces fractures, qui, jusqu'à ce jour, étaient considérées comme étant toujours en cause indirecte, semblent assez souvent dues à un choc direct, comme en témoignent les observations que nous devons à l'obligeance du Docteur Guichard.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les fractures des « sésamoïdes » ne sont pas mentionnées dans les classiques.

C'est en 1909 seulement que nous trouvons sur ce sujet les premières études dues à l'Allemand R. Morians.

En 1920, A. Mouchet publia à la Société de chirurgie un cas de fracture du sésamoïde. En 1921, il rapporte un cas du Docteur Jean.

En 1920 également, Serafini parla du même sujet : *La chirurgia degli orgadi di movimento*.

En 1924, Stulz et Fontaine publièrent à la Société anatomique de Paris un cas de fracture du sésamoïde interne du gros orteil et un autre cas de fracture du sésamoïde interne du pouce.

En 1925, le Docteur Delagenière apporta à la Société de chirurgie deux cas de fracture du sésamoïde interne du gros orteil, qui font l'objet de la thèse Guitton.

En 1924, Lachapèle et Guichard présentent cinq cas de fracture du sésamoïde interne du gros orteil à la Société anatomo-clinique de Bordeaux.

CHAPITRE III

ANATOMIE DES SESAMOIDES

Les sésamoïdes tirent leur nom des graines de sésame, auxquelles on les a comparés. Il est à remarquer toutefois que cette comparaison est peu justifiée et que les osselets en question n'ont qu'une ressemblance très éloignée avec les semences de sésame.

Les sésamoïdes métatarso-phalangiens du gros orteil sont constants et au nombre de deux : l'un interne, l'autre externe. Tous deux, à l'état frais, sont inclus dans l'épaisseur des tendons des courts fléchisseurs et ont une forme ovulaire. Toutefois, l'externe est plutôt arrondi, l'interne plutôt allongé. Le premier mesure en moyenne 9 millimètres de long sur 8 millimètres de large. Le second, 13 ou 14 millimètres de long sur 10 millimètres de large.

Chacun d'eux présente deux faces : une face inférieure convexe, plus ou moins rugueuse; une face supérieure concave, qui répond à l'articulation et qui est lisse, unie et encroûtée de cartilage diarthrodial. Cette face articulaire du sésamoïde nous présente à sa partie moyenne une crête mousse à direction antéro-postérieure et, de chaque côté de cette crête, deux facettes légèrement excavées et s'inclinant l'une vers l'autre; elles se moulent exactement, tant pour le sésamoïde interne que pour le sésamoïde externe, sur les deux rainures qui se trouvent au niveau de l'extrémité phalangienne du premier métatarsien.

Le sésamoïde interne, comme l'a signalé Mouchet, est quelquefois bipartitum et tripartitum.

Lachapèlè et Guichard ont examiné 200 pieds normaux et

ont trouvé cinq cas de sésamoïdes bipartitum, un cas de sésamoïde tripartitum et un cas de sésamoïde unique.

Une vieille légende voulait que le sésamoïde du gros orteil ne retournât pas en poussière, comme le font à la longue les autres parties du squelette. Jacques Grévin écrivait en 1569 :

« Il n'est aucunement subject à corruption, ainsi que le disent les sectateurs de la philosophie cachée, soutenant frivolement qu'il est conservé dans la terre jusques à ce qu'au temps de la résurrection il s'en élève un homme comme d'une graine. »

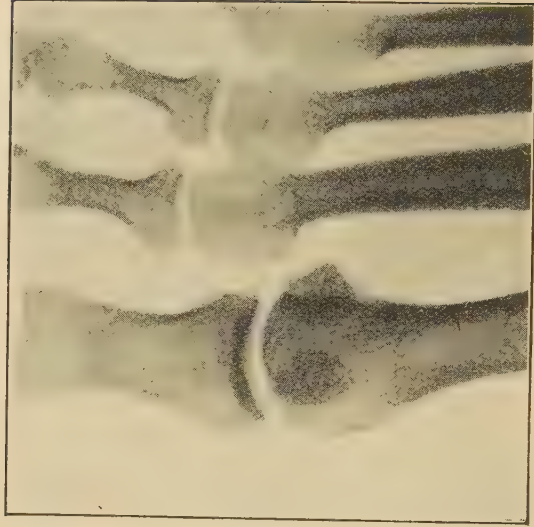
CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

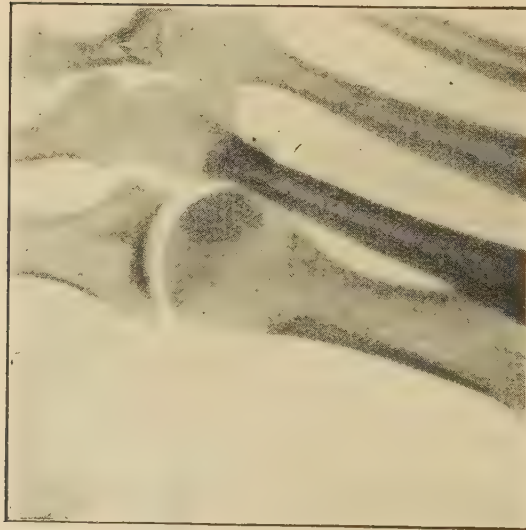
Les fractures des sésamoïdes du gros orteil sont des fractures de tous les âges; toutefois, elles sont exceptionnelles chez l'enfant. D'une façon générale, ce sont des affections des ouvriers et des sportifs. Elles siègent à peu près exclusivement sur le sésamoïde interne, comme en témoignent nos cinq observations et comme en témoignent les observations relevées dans la littérature médicale.

Il existe des modifications individuelles dans la topographie des sésamoïdes qui font que ces fractures ne se produisent pas avec la même faculté chez tous les sujets. En effet, les sésamoïdes peuvent se trouver en position haute ou situation basse. Cette désignation de leur situation n'est pas tout à fait exacte et se rapporte à leur position sur le cliché radiographique du pied lorsqu'on examine les orteils en haut et le talon en bas. On devrait plutôt dire situation antérieure et situation postérieure. En situation haute ou antérieure, le sésamoïde se trouve exactement placé sous la tête du premier métatarsien. En situation basse, il se rapproche de la partie médiane de cet os. Nous verrons, d'après la pathogénie, que seuls les premiers sont susceptibles d'être fracturés; les seconds y échappent quelle que soit la gravité du traumatisme. Ce sont d'autres lésions qui se produisent, soit des entorses, soit des fractures des autres os du pied, mais le sésamoïde reste indemne.

Enfin, nous signalons que ces fractures se produisent surtout chez des sujets dont le pied est déformé par suite des déviations du gros orteil en action et d'une augmentation du volume du premier métatarsien.

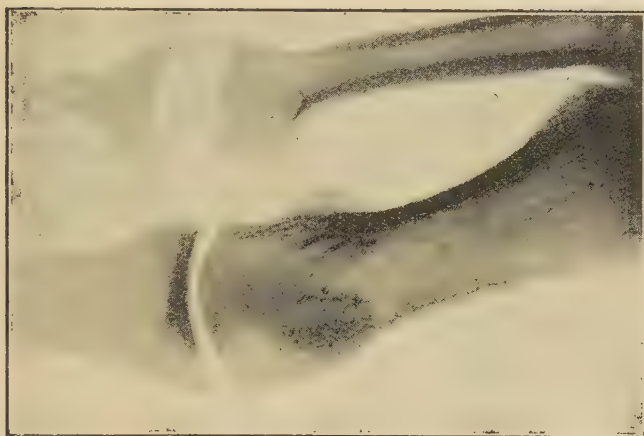


Face.

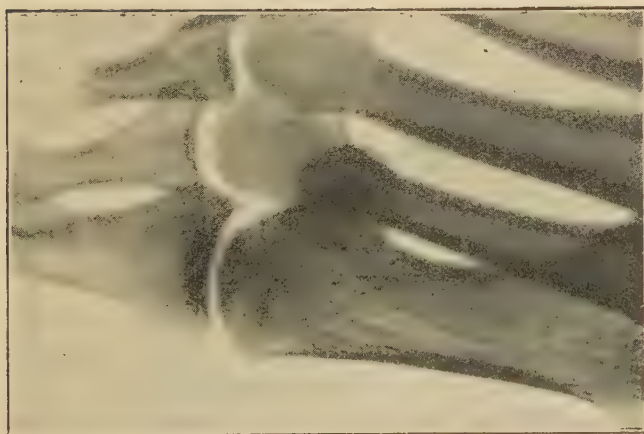


Profil.

FIG. 1. — Situation haute des sésamoides.



Face.



Profil.

FIG. 2. — Situation basse des sésamoïdes.

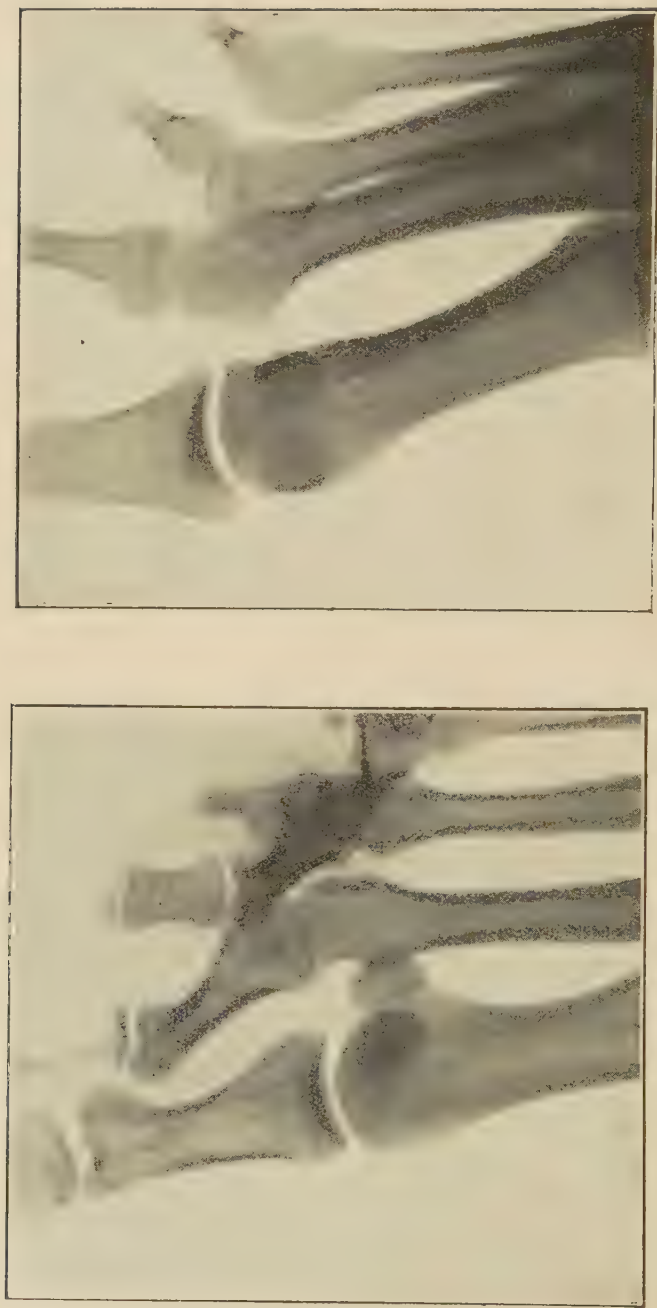


FIG. 3. — Situation haute des sésamoïdes (face et profil).

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Nous avons vu que ces fractures ne se produisaient que chez des sujets qui présentaient des sésamoïdes en position haute et dont la tête du premier métatarsien est augmentée de volume par une déviation en dehors du gros orteil. De ce fait, la surface articulaire a une certaine tendance à s'étendre sur la face antérieure du pied. Par suite de ce léger déplacement, les courts fléchisseurs, dans les tendons desquels sont mêlés les sésamoïdes, se trouvent tendus, immobilisant ainsi ces osselets sur l'arête du rebord de l'articulation métatarso-phalangienne. C'est à ce moment que le sujet se trouve dans les meilleures conditions pour avoir une fracture de cet os.

Selon Delagenière, ces fractures se produiraient par un mécanisme analogue aux fractures de la rotule. Si, dans les conditions que nous avons dites plus haut, le long fléchisseur propre du gros orteil se contracte violemment, le sésamoïde, immobilisé sur l'arête osseuse du métatarsien, se brise facilement.

Nous pensons que, à côté de ces fractures par cause indirecte, il est fréquent de voir des fractures par choc direct, par exemple : coup de pied, chute, sauf en profondeur, chute d'un corps lourd sur le pied, et le sésamoïde se trouve brisé entre la tête du métatarsien et le plan sur lequel le sujet se trouve.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

A l'occasion d'un faux pas, d'un traumatisme ou d'une chute, le blessé éprouve une vive douleur, quelquefois syncope, au niveau de son articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

La douleur est surtout localisée à la face plantaire et fait souvent croire à une entorse. Quelquefois, le blessé signale une sensation d'arrachement.

Après quelques jours de repos complet, ces phénomènes douloureux et l'impotence fonctionnelle peuvent disparaître momentanément; mais ces troubles réapparaîtront à la fatigue ou à l'occasion d'un nouveau traumatisme.

Le blessé peut marcher péniblement, surtout si quelques jours de repos séparent l'accident de l'examen.

La marche est spéciale, le pied repose à terre et par son rebord externe. Le rebord interne et surtout la tête du premier métatarsien sont soigneusement tenus à distance du sol. En effet, le sésamoïde brisé se trouverait dans des conditions semblables à celles qui ont provoqué la fracture, et cela réveillerait une douleur plus ou moins violente.

A l'examen, le plus souvent, on trouve les signes d'une fracture du premier métatarsien, une petite ecchymose plantaire avec léger gonflement de l'articulation et sensation de chaleur.

Une palpation attentive permet de constater que l'interligne de l'articulation n'est pas douloureux; mais, par con-

tré, on réveille une douleur extrêmement vive, la douleur exquise des classiques, sur la face plantaire du pied, au point correspondant au sésamoïde interne.

Les mouvements passifs de l'articulation sont peu douloureux. Par contre, les mouvements actifs sont à peu près nuls. Enfin, en faisant exécuter des mouvements à l'orteil, on perçoit une petite crépitation.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic positif.

Rarement, l'examen clinique permettra de faire un diagnostic.

Les signes classiques les plus caractéristiques sont :

- 1° Une douleur très vive localisée à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne au niveau du sésamoïde interne;
- 2° La perception de la crépitation, lorsqu'elle existe;
- 3° L'absence de douleur au niveau de l'interligne articulaire;
- 4° La facilité des mouvements passifs, qui s'oppose à la douleur réveillée par les mouvements passifs.

Enfin on complétera l'examen clinique par un examen radiologique. Cela seul permettra un diagnostic sûr, indiscutable.

On prendra deux clichés. Le premier de face : le malade est assis ou couché sur la table de radiographie, la jambe est repliée et le pied est posé bien à plat sur la cassette contenant le film. Un deuxième cliché sera pris de profil, le malade étant couché sur la table de radiographie, la jambe est placée horizontalement et le bord interne du pied appuie sur la cassette porte-film. Le tube sera à une distance de 70 à 90 centimètres du film, et on emploiera un rayonnement peu

pénétrant. La radiographie sera prise directement sans l'emploi d'un diaphragme de Potler Bucky.



FIG. 4. — Fractures des sésamoïdes internes du gros orteil.

A l'examen du cliché, on voit le sésamoïde interne brisé. Le plus souvent, il n'y a que deux fragments. Le trait de fracture est toujours transversal et sensiblement parallèle à

la ligne articulaire. Les fragments sont de dimensions à peu près identiques et sont séparés par un espace appréciable.

On complétera cet examen radiologique par un cliché du pied sain dans les mêmes conditions.

II. — Diagnostic différentiel.

AVEC LES AFFECTIONS CHRONIQUES DU PIED.

Les circonstances de l'accident et l'évolution de l'affection peuvent quelquefois induire en erreur et faire penser à une affection chronique alors que l'on se trouve en présence d'une fracture du sésamoïde. On pensera aux affections les plus diverses, à de l'arthrite, à de la synovite, à une exostose, à de l'hallux valgus, à un rhumatisme chronique, à la goutte.

Un interrogatoire précis du blessé et l'étude des commémoratifs permettront d'établir l'existence d'un traumatisme initial et d'écarter toutes ces affections.

AVEC LES AFFECTIONS CONSÉCUTIVES A UN TRAUMATISME.

Le diagnostic différentiel est beaucoup plus difficile. En effet, nos observations montrent que jamais le diagnostic clinique n'a été fait et que l'on a toujours pensé à une fracture du métatarsien ou à une entorse. Une localisation exacte de la douleur pourrait peut-être permettre d'éliminer entorse et fracture du métatarsien.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DIFFÉRENTIEL.

La fracture du sésamoïde du gros orteil est une des rares fractures dont le diagnostic radiologique ne soit pas indiscutable. En effet, on peut avoir une image montrant deux fragments séparés par une solution de continuité simulant abso-

lument une fracture, alors que l'on se trouve seulement en présence d'un sésamoïde bipartitum.

Le doute sera levé par un examen radiologique de l'autre



FIG. 3. — Sésamoïde bipartitum.

pied : s'il s'agit d'un sésamoïde bipartitum, l'autre pied est identique; s'il s'agit d'une fracture, l'autre pied ne présente pas d'image anormale.

Un diagnostic certain ne pourra donc se faire qu'en présence des clichés des deux pieds.

CHAPITRE VIII

INTERET MEDICO-LEGAL DE LA QUESTION

Le diagnostic des fractures du sésamoïde du gros orteil s'éclaire d'un jour particulier lorsque l'on se trouve en présence d'un accident du travail.

Le but que poursuivent beaucoup de blessés est d'obtenir que les médecins concluent à une incapacité permanente du travail.

Cet état d'esprit un peu spécial, souvent dominé par une bonne foi incontestable, semble prendre de plus en plus d'importance. Cela nous oblige à envisager la question sous un angle différent, et lorsqu'on étudie la pathologie des traumatismes on doit un chapitre spécial pour le même traumatisme en tant qu'accident du travail.

Il peut arriver, s'il en est ainsi, qu'un blessé demandant une pension pour traumatisme du pied l'obtienne à la suite de l'énumération de signes objectifs et sur le vu d'une radiographie qui avait permis de conclure à une fracture du sésamoïde.

Lorsqu'il s'agit d'évaluer une incapacité permanente du travail, les commémoratifs sont toujours tragiques et la gêne dont se plaint le blessé est toujours hors de proportion avec les signes objectifs.

Dans ce cas, on devra systématiquement faire une radiographie des deux pieds, et alors seulement on pourra faire une évaluation d'incapacité.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Il existe deux méthodes de traitement des fractures des sésamoïdes du gros orteil : le traitement médical et le traitement chirurgical.

Le traitement médical, par lequel on devra toujours commencer, est quelquefois insuffisant. Assez souvent, il permet d'obtenir une guérison complète et définitive.

On mettra le malade au repos avec, de préférence, la jambe étendue et le pied immobilisé par une bande assez serrée. Chaque jour, on fera une séance de massage. La diathermie pourra influencer favorablement la périadénite, fréquente à la suite des fractures.

Après quelques jours de ce traitement, la douleur diminuera progressivement et la marche redevient possible par la formation d'un petit cal fibreux entre les fragments.

Quelquefois, malgré la mise en œuvre des moyens énoncés ci-dessus, la douleur subsiste et l'impotence fonctionnelle, pour n'être pas complète, n'est pas négligeable. Dans ce cas, on aura recours au traitement chirurgical : l'extirpation du sésamoïde fracturé.

L'extraction de cet os est une intervention très bénigne ne nécessitant qu'une instrumentation tout à fait réduite et donnant d'excellents résultats sans séquelle d'aucune sorte. Le traitement chirurgical devra être mis en œuvre s'il persiste la moindre douleur à la fatigue ou la moindre impotence fonctionnelle.

TECHNIQUE DE L'INTERVENTION.

Le plus souvent, on pourra faire cette intervention sous anesthésie locale à la novocaïne ou à la butelline. Toutefois, la rapidité de l'intervention permet chez les sujets pusillanimes de faire une anesthésie au chlorure d'éthyle. Ce ne sera que d'une façon tout à fait exceptionnelle que l'on devra avoir recours à l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme.

Le malade étant couché, son pied sera placé en rotation externe. Un aide maintient le gros orteil en hyperextension.

L'incision se fait sur le bord externe du pied en regard du sésamoïde. Le plus souvent, la longueur de cette incision n'excédera pas 2 à 3 centimètres.

On repère le tendon interne du court fléchisseur du gros orteil. On en isole le sésamoïde par une incision longitudinale et on l'énuclée aux sondes cannelées.

Par la même incision, on peut atteindre le sésamoïde externe. Cette particularité pourrait être intéressante dans le cas où les deux sésamoïdes se trouveraient fracturés.

CHAPITRE X

PRONOSTIC

Le pronostic fonctionnel de ces fractures est extrêmement variable.

Le plus souvent, un repos suffisamment prolongé et des massages permettront un retour *ad integrum*.

Quelquefois même après un long repos, à la fatigue ou à l'occasion d'un nouveau traumatisme, les douleurs reparaisent et la marche redevient douloureuse; de nouveau, le blessé pose son pied sur son bord externe et les mouvements actifs sont à peu près nuls.

Ces cas justifient d'une façon formelle le traitement chirurgical, dont le pronostic fonctionnel est excellent.

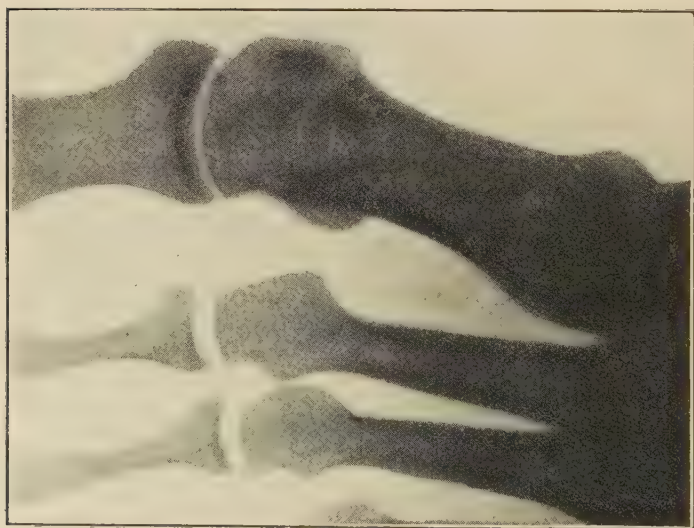


Fig. 6.

CHAPITRE XI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Un jeune soldat de 21 ans, au cours d'une partie de football, a reçu un coup de pied au niveau du premier métatarsien. La gêne de la marche est considérable mais pas complète. La douleur est assez vive. Pensant avoir une entorse, il se met au repos et ne consulte son médecin qu'au moment où il s'aperçoit qu'il y avait une ecchymose.

A l'examen, on trouve les symptômes d'une fracture du premier métatarsien, on voit une ecchymose de la dimension d'une pièce de 1 franc. De plus, on voit une éraflure correspondant au crampon du soulier qui a provoqué le traumatisme. Toute la partie interne du pied est oedématiée. A la pression, on trouve une douleur localisée au niveau de la tête du premier métatarsien.

La radiographie a permis de faire le diagnostic.

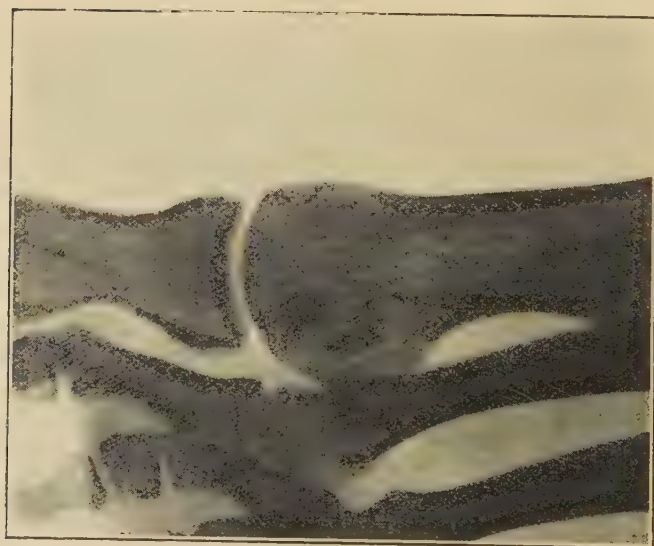
Quinze jours de repos ont permis à notre jeune soldat de reprendre son service et, au bout d'un mois, la douleur à la marche avait complètement disparu.

OBSERVATION II.

Un ouvrier, au cours de son travail, laisse tomber une caisse sur son pied. La douleur est très vive, mais après un moment se calme et permet à notre blessé de vaquer péniblement à ses occupations. Le lendemain matin, le pied avait gonflé et la marche était très douloureuse.



FIG. 7.



Son médecin, pensant à une fracture du métatarsien, fait pratiquer une radiographie, qui montre l'existence d'une fracture du sésamoïde interne du gros orteil.

Le repos n'amenant pas une guérison complète, on propose l'intervention à notre malade, qui la refuse.

OBSERVATION III.

D... (Louis), âgé de 32 ans, forgeron, pendant son travail, laisse tomber une pièce de fer sur son pied. Après un moment de repos,



FIG. 8.

il peut reprendre son travail. Les jours suivants, inquiet de la persistance et de la douleur, il consulte un rebouteux qui pratique sur son pied des manœuvres douloureuses et lui affirme que

son pied est remis à sa place. A la suite de ces manœuvres, le pied enfle et notre malade consulte son médecin, qui ne porte pas de diagnostic, mais fait faire une examen radiologique.

Le malade se présente en marchant péniblement avec une canne. Son pied malade repose à terre par son bord externe. L'examen permet de constater que les mouvements passifs du pied sont normaux. Par contre, les mouvements actifs sont très limités. Persistent seulement les mouvements de flexion et d'extension du pied. Les mouvements des orteils et en particulier du gros orteil sont nuls. A la palpation, le pied est œdématié. On ne trouve pas de crépitation, mais la palpation réveille une douleur diffuse sur la face plantaire du pied.

Une radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture du sésamoïde interne du gros orteil.

OBSERVATION IV.

L... (Jeanne), au cours d'une promenade à bicyclette, rencontre malencontreusement une pierre et tombe, son pied portant à terre avec le gros orteil en hyperextension. Elle ressent une douleur extrêmement violente qui la cloue sur place et ne lui permet pas de rentrer chez elle. Devant la gravité des signes douloureux, on la transporte à l'hôpital, où l'on porte un diagnostic d'entorse et on fait pratiquer un examen radiologique. L'examen du pied de la malade ne permet pas de localiser le maximum de douleur. Les mouvements actifs et passifs sont nuls par défense musculaire.

L'examen radiologique permet de conclure à une fracture du sésamoïde interne du gros orteil.

L'observation ne mentionne pas quel traitement a été mis en œuvre ni le résultat fonctionnel.

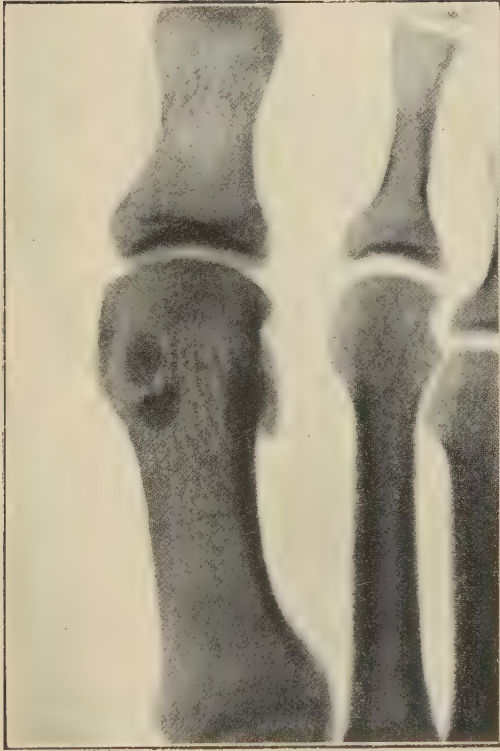


FIG. 9.

OBSERVATION V.

Un cultivateur âgé, en faisant un chargement de foin, glisse et tombe. Il ne peut se relever seul. On le transporte chez lui, geignant et paraissant très grièvement blessé. Le médecin, appelé d'urgence, diagnostique une fracture de côte et une fracture isolée du cubitus; de plus, le blessé semble très choqué. L'amélioration est lente, et ce n'est qu'après quinze jours que le malade quitte son lit. En essayant de faire quelques pas, le blessé ressent une douleur à son pied droit. Il veut continuer à marcher. Cette dou-

leur devenant plus vive, son médecin le fit soumettre à un examen radiologique qui révéla une fracture du sésamoïde interne du gros

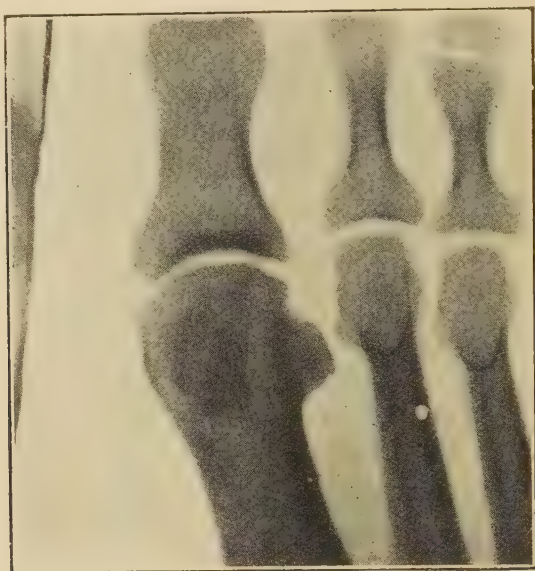


FIG. 10.

orteil. L'examen physique était négatif, seulement la palpation du pied permettait de réveiller une douleur au niveau de la tête du premier métatarsien.

CONCLUSIONS

Les fractures des sésamoïdes du gros orteil siègent à peu près exclusivement sur le sésamoïde interne. Elles sont relativement fréquentes et méritent d'être recherchées systématiquement.

Ces fractures, considérées autrefois comme étant toujours de cause indirecte, sont assez souvent dues à un choc direct ou à un écrasement du sésamoïde entre la tête du premier métatarsien et un plan résistant.

Le diagnostic est rarement porté sur les signes cliniques, le plus souvent la radiologie seule permet de les déceler.

On ne doit pas confondre une fracture du sésamoïde avec un sésamoïde bipartitum, qui peut donner une image radiologique semblable. Dans ce cas, on doit faire un cliché des deux pieds.

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
RECHOU

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 29 juin 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER et LANMAN (T. H.). — Fracture of sesamoid bone great toe, *Mil Surgeon Wash*, XLIV, 214.
- BETROCHE (G.). — Fracture of sesamoid bones of great toe, II Cases. *Arh. ort.*, 44, 58, 1926.
- BOARDMANN (W.). — Pseudo fracture of the desamoid of the big toe. *Surg. gynec. et obst.*, Chicago, 1915, XXI, p. 394.
- EIKEN (T.). — Fracture of the sesamoid bones of the great toe. *Hosp. Id. Kobenk*, 1916, IX, p. 753.
- FOURNIER et LE GAC. — Fracture du sésamoïde interne du gros orteil droit. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1922, XCII, p. 326.
- PREIBERG (A.-H.). — Injuries to the sesamoid bones of the great toe *Journ. orth. surg. Lincoln nobr.*, 1920, II, p. 453.
- GROVERT (T.). — Fracture of great toe sesamoid bones. *Ann. surg Philad.*, 1918, LXXVI, p. 609.
- GUITTON. — Sur les fractures du sésamoïde interne du gros orteil. Thèse Paris, 1926.
- JEAN (G.). — Fracture du sésamoïde interne du gros orteil droit. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, XLVII, p. 12.
- MAYET (H.). — Fracture du sésamoïde interne du gros orteil. *Paris chirurgical*, 1920, XII, p. 284.
- DELAGENIÈRE. — *Bull. et mém. de la Soc. anat. de chir. de Paris*, 1925, p. 722-727.
- BIZABRO. — *Ass. surg. Philad.*, 1926, p. 783-791.
- COLESCHI. — *Rad. Méd.*, Milan, 1919-1920, p. 206-248.
- LACHAPÈLE et GUICHARD. — Sur cinq cas de fractures de sésamoïde du gros orteil. *Soc. anat.-clin. de Bordeaux*, 27 juill. 1931.

